



CASO SUSPEITO: Toda pessoa que, independente da idade e estado vacinal, apresenta quadro agudo de infecção da orofaringe, com presença de placas aderentes ocupando as amígdalas, com ou sem invasão de outras áreas da faringe (pálato e úvula), ou outras localizações (ocular, nasal, vaginal, pele, etc), com comprometimento do estado geral e febre moderada.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual																	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação																
	DIFTERIA		A 36.9																		
Dados Gerais	4	UF	5	Município de Notificação																	
					Código (IBGE)																
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data dos Primeiros Sintomas																
Notificação Individual	8	Nome do Paciente			9	Data de Nascimento															
	10	(ou) Idade	11	Sexo	12	Gestante															
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado		13	Raça/Cor													
	14		Escolaridade																		
	0 - Analfabeto		1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau)		2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)		3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)		4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)		5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)		6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau)		7 - Educação superior incompleta		8 - Educação superior completa		9 - Ignorado		10 - Não se aplica
15	Número do Cartão SUS			16	Nome da mãe																
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência		Código (IBGE)	19	Distrito													
	20	Bairro			21	Logradouro (rua, avenida,...)		Código													
	22	Número		23		Complemento (apto., casa, ...)		24		Geo campo 1											
	25	Geo campo 2			26	Ponto de Referência		27		CEP											
	28	(DDD) Telefone			29	Zona		30		País (se residente fora do Brasil)											
	1 - Urbana		2 - Rural		3 - Periurbana		9 - Ignorado														
	Dados Complementares do Caso																				
Antecedentes Epidemiológicos	31	Data da Investigação			32	Ocupação															
	33	Contato com Caso Suspeito ou Confirmado de Difteria (até 14 dias antes do início dos sinais e sintomas)																			
	1 - Domicílio		2 - Vizinhança		3 - Trabalho		4 - Creche/Escola		5 - Posto de Saúde/Hospital		6 - Outro Estado/Município		7 - Outro: _____		8 - Sem História de Contato		9 - Ignorado				
	34	Nome do Contato																			
35	Endereço do contato (Rua, Av., Apto., Bairro, Localidade, etc)																				
Antecedentes Epidemiológicos	36	Nº de Doses da Vacina Tríplice (DTP) ou Tetraivalente (DTP+Hib) ou Dupla (DT ou dT)					37		Data da Última Dose												
	1 - Uma		2 - Duas		3 - Três		4 - Três + Um Reforço		5 - Três + Dois Reforços		6 - Nunca Vacinado		9 - Ignorado								
Dados Clínicos	38	Sinais e Sintomas		Edema Ganglionar		Edema de Pescoço		Febre		39		Temperatura Corporal									
	1 - Sim		2 - Não		9 - Ignorado		Prostração		Pseudomembrana		Palidez		° C								
	40	Localização da Pseudomembrana (Placas)			Cavidade Nasal		Amígdalas		Cordão Umbilical		Faringe		Laringe								
1 - Sim		2 - Não		9 - Ignorado		Órgãos Genitais		Pálato		Conduto Auditivo		Traquéia		Pele							
						Conjuntiva															
Complicações																					
41	Existiram		Miocardite		Nefrite		Paralisia Bilateral e Simétrica das Extremidades		Paralisia do Palato (Regurgitação, Líquido Pelo Nariz, Voz Anasalada)												
1 - Sim		2 - Não		9 - Ignorado		Arritmias Cardíacas		Paralisia dos Músculos Intercostais e Diafragma		Outras _____											

